

fulvio.aurora@... .org

ORIGINALE



N. 1777 /07 Reg. Sent.

N. 1142/07 Reg. Ric.

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

IL TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE PER LA LOMBARDIA

(Sezione III)

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

sul ricorso n. 1142 del 2007 proposto da ASVAP 5 – Associazione Volontari Aiuto Ammalati Psicici 5, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, e da Medicina Democratica Movimento Lotta per la Salute Onlus, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, rappresentate e difese dagli avv.ti Alessandra Mari e Alberto Guariso ed elettivamente domiciliate presso lo studio di quest'ultimo in Milano, viale Regina Margherita, n. 30;

contro

Regione Lombardia, in persona del Presidente della Giunta Regionale *pro tempore*, rappresentata e difesa dagli avv.ti Pio Dario Vivone e Maria Emilia Moretti ed elettivamente domiciliata presso l'Avvocatura regionale in Milano, via F. Filzi, n. 22;

per l'annullamento

RT

- della deliberazione della Giunta Regionale della Lombardia n. 8/4221 del 28.2.2007 avente ad oggetto "Riordino della residenzialità psichiatrica in attuazione della DGR 17.5.2004 n. 7/17513 Piano Regionale triennale per la salute mentale";

- di tutti gli atti connessi precedenti e conseguenti, ivi compresa la DGR 17.5.2004 n. 7/17513 "Piano Regionale triennale per la salute mentale" cui si riferisce la deliberazione n. 8/4221.

VISTO il ricorso con i relativi allegati;

VISTO l'atto di costituzione in giudizio della Regione Lombardia;

VISTE le memorie prodotte dalle parti a sostegno delle rispettive difese;

VISTI gli atti tutti della causa;

Nominato relatore alla pubblica udienza del giorno 15.11.07 il dr. Riccardo Giani;

Uditi, ai preliminari, l'avv. I. Cappelli, in sostituzione dell'avv. A. Guariso, per le ricorrenti e l'avv. P. Vivone per la Regione Lombardia;

Considerato in fatto ed in diritto quanto segue:

FATTO

Con il ricorso introduttivo del giudizio le associazioni ricorrenti, premesso di essere soggetti collettivi svolgenti statutariamente compiti di tutela dei portatori del disagio psichico (ASVAP) e di promozione della tutela della salute (Medicina Democratica), espongono le modifiche organizzative e funzionali introdotte alla c.d. residenzialità psichiatrica in Lombardia, in forza del Piano Regionale triennale per la salute mentale (DGR n. 7/17513 del 17.5.2004) e della disciplina di

RF

attuazione di detto atto programmatico (DGR n. 8/4221 del 28.2.2007).

La deliberazione n. 8/4221 del 2007 prevede in particolare che *“la residenzialità psichiatrica deve essere organizzata secondo le tipologie previste nell’allegato A”* e cioè intorno a tre Aree funzionali, che sono l’ Area riabilitativa, l’Area assistenziale e l’Area della residenzialità leggera.

Nell’Area riabilitativa operano due strutture e cioè la Comunità Riabilitativa Alta Assistenza (CRA) e la Comunità Riabilitativa Media Assistenza (CRM). La disciplina in esame prevede in dettaglio le prestazioni erogate dalle due strutture stabilendo, in particolare, per quel che qui rileva: **a)** la durata massima dei programmi: 3 mesi per post-acuzie, 18 mesi per alta intensità riabilitativa e 36 mesi per media intensità riabilitativa; **b)** il limite di età per “nuovi accoglimenti”: 50 anni; **c)** le diagnosi di esclusione: demenza primaria e grave ritardo mentale.

Nell’Area assistenziale operano pure due tipologie di strutture e cioè la Comunità Protetta Alta Assistenza (CPA) e la Comunità Protetta Media Assistenza (CPM). Anche in questo caso la disciplina indica: **a)** la durata massima dei programmi: 36 mesi; **b)** il limite di età per “nuovi accoglimenti”: 65 anni; **c)** le diagnosi di esclusione: demenza primaria e grave ritardo mentale.

Al contrario, nell’Area della Residenzialità Leggera vengono attuati programmi di durata non prestabilita, non ci sono limiti di età per il primo accesso né diagnosi di esclusione.

Le ricorrenti impugnano le deliberazioni regionali indicate, contestano le scelte operate in punto di limiti di età per l’accesso, durata massima dei programmi di

cura e riabilitazione e limiti alle patologie di accesso e in particolare articolano le seguenti censure:

1) *“Violazione dell’art. 6 L. 22 maggio 1971 n. 339 (Statuto Regione Lombardia)*

– Incompetenza – Eccesso di potere per difetto dei presupposti di fatto e di diritto”. Il Piano Regionale triennale della salute mentale (DGR 7/17513 del 2004) è illegittimo perché adottato dalla Giunta e non dal Consiglio Regionale; d’altra parte il Piano Socio Sanitario Regionale demandava alla Giunta solo la “predisposizione” del Piano Regionale della salute mentale; la impugnata deliberazione di Giunta attuativa è poi illegittima per illegittimità derivata;

2) *“Violazione del diritto fondamentale alla salute tutelato dall’art. 32 Cost. –*

Violazione delle norme e dei principi fondamentali in materia di servizio sanitario pubblico gratuito e dei livelli essenziali di assistenza desumibili dalle leggi n.

180/78, 833/78, DPCM 29.11.2001 e dall’art. 117 Cost. – Eccesso di potere per

difetto ed errata valutazione dei presupposti di fatto e di diritto – Carenza di istruttoria – Illogicità – Mancanza di motivazione – Sviamento”. La doglianza è

articolata in una serie di molteplici specifiche censure: **A)** Violazione del diritto

alla salute ed eccesso di potere: **A1)** Si contestano i limiti di età per l’accesso alle strutture, stabiliti dal Piano in termini di automatismo e senza adeguata istruttoria e

motivazione; **A2)** Si contestano quindi i limiti di durata dei trattamenti non basati su alcun presupposto scientifico, non preceduti da istruttoria e non motivati; **A3)**

Si contestano infine le diagnosi che escludono l’accesso ai servizi residenziali psichiatrici; **B)** Violazione di legge: **B1)** le limitazioni di età, durata e tipo di

patologie contrastano con la legge 180/78, con la legge 833/78, con l'art. 32 Cost. e con l'art. 3-septies d.lgs. 502/92; **B2)** con i richiamati limiti si violano i livelli essenziali di assistenza di cui al DPCM 29.11.2001; **B3)** si violano altresì le previsioni del Piano Socio Sanitario Regionale; **C)** Sviamento: le richiamate previsioni hanno come unico scopo quello di introdurre risparmi di spesa.

Si è costituita in giudizio la Regione Lombardia per resistere al ricorso ed ha altresì eccepito preliminarmente la inammissibilità del gravame per difetto di legittimazione ad agire e d'interesse delle ricorrenti nonché la inammissibilità per mancata notifica del ricorso ad almeno un controinteressato.

Alla udienza pubblica del giorno 15 novembre 2007, relatore il dr. Riccardo Giani, sentiti i difensori comparsi, che hanno insistito nelle rispettive conclusioni, la causa è stata trattenuta dal Collegio per la decisione.

DIRITTO

1. Deve essere preliminarmente esaminata l'eccezione di inammissibilità del ricorso articolata dalla Regione Lombardia per difetto in capo alle associazioni ricorrenti della legittimazione ad agire. L'eccezione è invero formulata dall'Amministrazione resistente in termini abbastanza generici, riconoscendo la Regione che scopo statutario delle ricorrenti è la tutela del diritto alla salute dei cittadini ovvero la tutela dei portatori di disagio psichico, ma rilevando che in concreto nel caso in esame *“gli istanti contestano in realtà l'affermazione di un modello organizzativo della residenzialità psichiatrica”*.

L'eccezione è infondata.

Una volta riconosciuto che specifico fine statutario delle associazioni ricorrenti è quello di tutelare, rispettivamente, il diritto alla salute (Medicina Democratica) e i portatori del disagio psichico (ASVAP 5) non sembra potersi introdurre una limitazione alla loro azione anche nei riguardi delle pubbliche Istituzioni, e alla conseguente legittimazione ad agire, in quanto vengano in considerazione scelte di tipo organizzativo, sui modelli di erogazione delle prestazioni sanitarie o assistenziali. E' infatti evidente che le scelte organizzative possono tradurre livelli più o meno intensi di protezione dei diritti, di rango costituzionale, espressamente evocati in giudizio dalle ricorrenti, rendendo possibile un pregiudizio agli interessi collettivi di cui le stesse sono portatrici. D'altra parte, nella specie, alla prefigurazione di modelli organizzativi si correlano specifiche delimitazioni dell'accesso dei soggetti interessati alle strutture medesime (limiti di età, di durata delle prestazioni, limiti di patologie ammesse), rendendo ancora più esplicita la possibile lesione degli interessi collettivi richiamati.

2. La Regione Lombardia eccepisce altresì il difetto d'interesse delle ricorrenti, sul rilievo che *“nessuna lesione effettiva è stata subita da Medicina Democratica Onlus e ASVAP 5 quali movimenti per la tutela dei diritti” né “da cittadini o pazienti dalla disposta riclassificazione delle strutture residenziali e dalla disciplina connessa”*.

Anche questa eccezione risulta infondata.

Come già rilevato al punto precedente, la disciplina impugnata appare idonea a pregiudicare gli interessi collettivi alla tutela della salute in generale e alla

Rf

promozione e tutela della salute psichica in particolare, di cui le ricorrenti sono portatrici. Infatti la normativa regionale è qui specificamente gravata nella parte in cui introduce limiti e condizionamenti alla erogazione delle prestazioni di cura e assistenza da parte delle strutture organizzative che la normativa stessa istituisce. Appare quindi evidente che i soggetti titolari delle richiamate situazioni soggettive di rango collettivo hanno interesse a far valere profili di illegittimità delle scelte operate dalla Regione e che vengono a limitare e conformare le modalità di tutela di quegli stessi interessi collettivi.

3. Sempre in via preliminare la Regione Lombardia eccepisce la inammissibilità del ricorso per mancata notifica dello stesso ad almeno un controinteressato.

L'eccezione è infondata.

Con il ricorso in esame vengono impugnati il Piano Regionale triennale per la salute mentale e la deliberazione attuativa di riordino della residenzialità psichiatrica. Trattasi all'evidenza di atti amministrativi di portata generale, come tali inidonei a correlare direttamente interessi di soggetti contrapposti (Cons. Stato, sez. VI, 21 giugno 2006, n. 3717). Ne consegue la non configurabilità nella specie di controinteressati.

4. Con il primo mezzo le ricorrenti censurano il Piano Regionale triennale per la salute mentale in quanto approvato, con deliberazione n. 7/17513 del 17.5.2004, dalla Giunta regionale, mentre ai sensi dell'art. 6 dello Statuto Regionale della Regione Lombardia avrebbe dovuto essere approvato dal Consiglio regionale. Il vizio di incompetenza, ad avviso delle ricorrenti, travolgerebbe il Piano triennale e

poi, per illegittimità derivata, la deliberazione attuativa dello stesso di cui alla DGR n. 8/4221 del 2007.

Il motivo è infondato.

Il richiamato art. 6 dello Statuto Regionale della regione Lombardia, approvato con legge statale 22 maggio 1971, n. 339, che prevede la competenza consiliare all'approvazione di piani e programmi, non appare nella specie violato, se si tiene conto, da un lato, della significativa circostanza che lo stesso Consiglio Regionale ha previsto nel Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004, approvato con DCR n. 462 del 2002, l'attribuzione alla Giunta del compito di predisporre un Piano Regionale per la salute mentale e, dall'altro lato, dell'avvenuta acquisizione da parte della Giunta del parere favorevole, sul predisposto Piano per la salute mentale, da parte della Commissione Consiliare competente nella seduta del 29 aprile 2004.

Non pare quindi che sia rinvenibile un *vulnus* delle competenze consiliari, dal momento che il Piano per la salute mentale si muove nelle linee programmatiche fissate dal Piano Socio Sanitario Regionale approvato dal Consiglio Regionale, la competenza di Giunta in materia è fissata dallo stesso Consiglio Regionale e tale ultimo organo ha comunque proceduto *ex post* ad esaminare il Piano predisposto, esprimendo parere favorevole.



5. Con il secondo mezzo le ricorrenti censurano le scelte operate dalla Giunta regionale in punto di prestazioni erogate dalle strutture nelle quali si articola la residenzialità psichiatrica, specificamente contestando i limiti di età per il primo

accesso alle strutture medesime, la durata massima delle prestazioni rese e la previsione di patologie escluse dalla residenzialità psichiatrica.

Il Collegio ritiene che il sindacato giurisdizionale esercitabile sulle scelte operate dall'Amministrazione regionale debba svilupparsi lungo due direttrici fondamentali. Da un lato il giudice amministrativo è chiamato a verificare la sussistenza di violazioni di norme espresse, ma anche la logicità e coerenza delle scelte operate dall'Amministrazione, con un vaglio che è diretto ad evitare ingiustificate compressioni alla tutela della salute, che si atteggia come diritto costituzionalmente garantito (art. 32 Cost.) e caratterizzato da un nucleo incompressibile dai pubblici poteri. Dall'altro lato il giudice amministrativo, proprio in presenza della richiamata esigenza costituzionale di tutela della salute dei singoli, deve altresì verificare che le scelte operate dai pubblici poteri, in punto di protocolli per l'accesso alle cure e alla riabilitazione, non assumano connotazione eccessivamente rigide, essendo necessario che esse traducano delle linee d'indirizzo che lasciano comunque aperta la possibilità di deroghe, pur eccezionali, per far fronte a profili patologici particolari o a peculiari esigenze terapeutiche del singolo utente. Ritiene infatti il Collegio che una disciplina che detti regole di accesso e di godimento delle prestazioni sanitarie rigida e senza possibilità alcuna di deroga, sclerotizzi il sistema di tutela della salute, ponendolo in potenziale contrasto con l'art. 32 Cost.

5.1. In primo luogo le associazioni ricorrenti censurano la previsione negli atti gravati di limiti di età per l'accesso alle strutture residenziali psichiatriche, fissato

in 50 anni per le strutture dell'Area riabilitativa (CRA e CRM) e in 65 anni per l'Area assistenziale (CPA e CPM), rilevando che trattasi di scelte illegittime, prive di istruttoria e motivazione e che si risolvono in automatismi del tutto scollegati dal reale stato di salute del paziente e dai suoi bisogni di cura.

Le censure sono infondate.

Rileva il Collegio che il richiamo alle fondamentali norme, costituzionali e ordinarie, che garantiscono ai singoli la piena tutela della salute (art. 32 Cost., legge 833/78), non appare in quanto tale decisivo per precludere la disciplina di percorsi di cura e riabilitazione diversamente modulati e la correlata previsione di requisiti di accesso, purché vengano rispettati i principi indicati al precedente punto 5.

Nella specie la Regione Lombardia ha esplicitato, nel Piano triennale per la salute mentale di cui alla DGR 17 maggio 2004 n. 7/17513, la *ratio* della scelta operata, mettendo in luce che *“i limiti di età sono connessi all'opportunità che risorse riabilitative, specialmente quelle intensive, siano utilizzate verso un'utenza con potenzialità di miglioramento clinico e di integrazione sociale elevati e prevedibilmente verso soggetti con un decorso non troppo prolungato di trattamento”* e già in tale atto si fissano i limiti di 50 anni per le strutture residenziali di Area riabilitativa e di 65 anni per quelle di Area assistenziale.

Le scelte operate, che pur nella opinabilità delle soluzioni accolte non appaiono irrazionali o illogiche e quindi tali da poter essere sindacate in questa sede giurisdizionale, soprattutto in un sistema con risorse limitate, devono comunque

essere ulteriormente vagliate sotto il profilo dell'eventuale eccessivo restringimento della tutela del singolo, che si verificherebbe attraverso la sclerotizzazione del sistema collegata alla previsione di limiti rigidi e assolutamente non valicabili.

Tale assoluta rigidità non sembra rinvenibile nella specie.

Deve in primo luogo essere posto in evidenza che trattasi di limiti di età per i “nuovà accoglimenti”, cioè, come dice l'impugnata DGR 8/4221 del 2007, per *“l'accoglimento di utenti che non hanno precedenti trattamenti in ambito psichiatrico”*, essendo di contro evidente che non si riferiscono a coloro i quali abbiano visto insorgere disturbi psichici in più giovane età e che abbiano poi bisogni riabilitativi e assistenziali in età più avanzata, anche oltre i 65 anni.

Soprattutto, poi, la citata deliberazione prevede che il primo accesso all'Area riabilitativa *“di norma”* deve avvenire entro i 50 anni (*“di norma è da considerarsi il limite di età di 50 anni”*), il che significa che la prevista disciplina generale dei requisiti di accesso alle strutture riabilitative non assume quel carattere rigido e invalicabile che porrebbe problemi di legittimità. La previsione di un limite è comunque non irrazionale quando sia previsto, come nella specie, la possibilità di deroga al limite stesso quando ciò sia imposto dalle specifiche esigenze patologiche e di cura del singolo, comunque prevalenti sulle istanze organizzative. Peraltro, con specifico riferimento al primo accesso alle CRA, la deliberazione citata prevede altresì che il limite dei 50 anni non si applica neppure ai *“programmi di post-acuzie”*.

Più problematico appare, ad un iniziale approccio, la previsione del limite di 65 anni per l'accesso all'Area assistenziale, ove la possibilità di deroga non sembrerebbe prevista, limitandosi la DGR 8/4221 del 2007 a stabilire che *“è da considerarsi il limite di età di 65 anni”*. Tuttavia ritiene il Collegio che anche in questo caso debba prevalere una lettura della previsione, coerente con quanto previsto per l'altro limite di età, che la considera tale da porre un limite generale recessivo tuttavia rispetto a specifiche e comprovate esigenze del singolo. A tal fine soccorre la disciplina del Piano triennale per la salute mentale ove, proprio a proposito di questo limite, si afferma che *“si introduce il limite di età di 65 anni, oltre il quale, generalmente, i problemi di disabilità e i bisogni di supporto assistenziale per i malati di mente tendono a omologarsi a quelli della popolazione anziana”*. L'accento deve necessariamente cadere sull'avverbio *generalmente*, con l'effetto di potere concludere che ove al contrario, nel singolo caso, emergano esigenze particolari non omologabili con quelle della popolazione anziana il limite di età deve cedere il passo alle esigenze di tutela del malato.

5.2. Le ricorrenti censurano quindi la prefissione di termini di durata massima dei programmi di riabilitazione e di assistenza, ritenendoli tali da determinare inadeguatezza della tutela della salute mentale, oltre ad essere le relative scelte affette da difetto di istruttoria e di motivazione.

Anche questa censura appare infondata.

Osserva il Collegio che le scelte organizzative operate dalla Regione appaiono sul punto in linea con gli obiettivi, già propri della fondamentale legge n. 180 del



1978, di evitare mere istituzionalizzazioni dei malati, con l'effetto di dover mirare a programmi di cura e riabilitazione realmente appropriati ed efficaci. Tale concetto è espresso dalla Regione nel Piano triennale per la salute mentale ove si legge, in termini di criticità da superare, che *“la residenzialità psichiatrica assume sovente la funzione di soluzione abitativa piuttosto che essere funzionale al progetto terapeutico-riabilitativo”*, così che si *“genera il pericolo che le SR vengano utilizzate per forme di nuova istituzionalizzazione”*.

Il profilo della durata temporale risulta peraltro assai articolato nella disciplina posta dalla DGR n. 8/4221 del 2007. Nell'ambito delle strutture di Area riabilitativa (CRA e CRM) si prevedono: a) programmi residenziali per la post-acuzie di durata massima di tre mesi, erogati dalle CRA; non sono rinnovabili ma sono ripetibili, ad esempio in caso di ricadute cliniche; b) e programmi residenziali di alta intensità riabilitativa erogati dalle CRA di durata massima 18 mesi, prorogabili di altri 6 mesi, con l'ulteriore possibilità di proseguire presso la stessa struttura con programmi di media intensità riabilitativa per ulteriori 36 mesi; c) programmi residenziali di alta intensità riabilitativa erogati dalle CRM di durata massima di 18 mesi, ma estesa in alcuni casi sino a 24 mesi; è possibile proroga di 6 mesi; è possibile prosecuzione con programma di media intensità riabilitativa per ulteriori 36 mesi. Nell'ambito delle strutture di Area Assistenziale vengono svolti programmi di media intensità riabilitativa di durata massima di 36 mesi, rinnovabili di ulteriori 36 mesi. Non sono previsti limiti di durata per le prestazioni rese nell'Area della residenzialità leggera.

Il sistema tratteggiato sembra dunque caratterizzato da una certa flessibilità, che lo rende immune da censure di irragionevolezza, soprattutto in considerazione dei rilievi che seguono. Si prevedono possibilità di proroga, seppur temporalmente circoscritte, della durata prevista per i singoli programmi e soprattutto si prevede la possibilità di prosecuzione presso la stessa struttura, con programmi di intensità riabilitativa inferiore, cui si correla il decorso di un nuovo termine. Ma soprattutto poi il sistema conosce due ipotesi di intervento sempre possibili. Da un lato i programmi residenziali per la post-acuzie, ancorché limitati nella durata temporale, sono sempre espressamente *ripetibili*. Dall'altro, sono privi di limiti di durata gli interventi propri della c.d. Area della residenzialità leggera, ove si mirerà a garantire la stabilizzazione del paziente dopo che questi ha avuto i più intensi interventi propri delle altre Aree d'intervento.

5.3. Le ricorrenti censurano quindi la previsioni di patologie escluse dall'accesso ai servizi residenziali psichiatrici, evidenziandone la carenza di motivazione di istruttoria e la illogicità.

La censura è fondata.

In effetti sia per l'accesso alle prestazioni proprie dell'Area riabilitativa che per quelle proprie dell'Area assistenziale la DGR n. 8/4221 del 2007 prevede, quali diagnosi di esclusione, la demenza primaria e il grave ritardo mentale ed analoga previsione si rinviene nel Piano triennale di cui alla DGR n. 7/17513 del 2004.

In entrambe gli atti gravati la secca previsione delle due patologie (demenza primaria e grave ritardo mentale) tra le "diagnosi escluse" dalle prestazioni della

residenzialità psichiatrica non è accompagnata dalle indicazioni delle valutazioni sulla cui base l'Amministrazione è pervenuta a tale opzione.

Rileva il Collegio che gli atti amministrativi generali, pur sottratti dall'art. 3, comma 2, legge 241 del 1990 da un obbligo di specifica motivazione quale requisito formale proprio degli atti puntuali, devono cioè non di meno essere verificabili dal giudice nella logicità e coerenza delle scelte operate, il che implica, se non la motivazione come requisito formale dell'atto, comunque la conoscibilità dei percorsi logici o tecnici attraverso i quali si è giunti ad una certa scelta. Nel caso di specie ciò manca, non potendo supplire a tale carenza le indicazioni offerte in giudizio dai patroni dell'Amministrazione regionale, apparendo gli argomenti difensivi spesi negli atti del giudizio, se non supportati dal riferimento ad atti propri del procedimento amministrativo, inidonei a valere quali giustificazioni delle scelte operate in sede amministrativa.

Deve peraltro evidenziarsi che, nella loro assolutezza e rigidità, le nette preclusioni dell'accesso ai servizi della residenzialità psichiatrica dei soggetti affetti da due specifiche patologie (demenza primaria e grave ritardo mentale) risultano proprio concretare, in assenza di adeguate indicazioni di supporto di tipo scientifico, quella eccessiva sclerotizzazione del sistema di tutela che appare, come illustrato al precedente punto 5., in contrasto con la previsione di cui all'art. 32 Cost. e con le norme di legge che inverano la piena garanzia della tutela della salute del singolo. Sullo specifico profilo, il ricorso merita quindi di essere accolto.

6. Conclusivamente il ricorso deve essere in parte respinto e in parte accolto, come



illustrato nei punti precedenti. Ritiene tuttavia il Collegio che sussistano giusti motivi, stante la complessità della materia, per compensare tra le parti le spese di giudizio.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale per la Lombardia, Sez. III, in parte respinge e in parte accoglie il ricorso in epigrafe, ai sensi di cui in motivazione, e per l'effetto annulla gli atti gravati, limitatamente alla previsione di diagnosi escluse dalla residenzialità psichiatrica.

Compensa integralmente tra le parti le spese del giudizio.

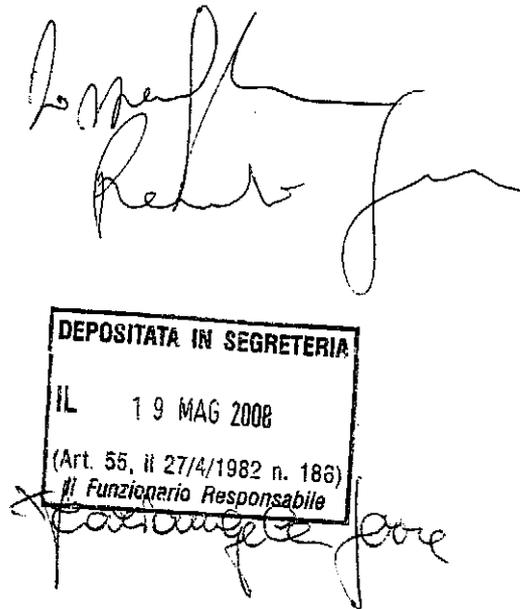
Ordina che la presente sentenza sia eseguita dall'Autorità amministrativa.

Così deciso in Milano, nella Camera di Consiglio del 15 novembre 2007, con l'intervento dei magistrati:

Domenico Giordano - Presidente

Riccardo Giani - Referendario est.

Vincenzo Blanda - Referendario



The image shows two handwritten signatures in cursive ink. Below the signatures is a rectangular stamp with the following text: "DEPOSITATA IN SEGRETERIA", "IL 19 MAG 2008", "(Art. 55, il 27/4/1982 n. 186)", and "Il Funzionario Responsabile". A handwritten signature is written across the bottom of the stamp.